

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4543/2017

ATAS/991/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 octobre 2018

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÊNE-BOURG, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael
RUDERMANN

demanderesse

contre

FONDATION COLLECTIVE LPP SWISS LIFE, sise General-
Guisan-Quai 40, ZURICH

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée) a été employée par la société B_____ SA (ci-après l'employeur) à compter du 1^{er} octobre 2012 en qualité de responsable des dossiers administratifs. À ce titre, elle était affiliée pour la prévoyance professionnelle auprès de la Fondation collective LPP Swiss Life (ci-après la Fondation).
2. Le 31 octobre 2012, l'assurée a été victime d'un accident : agressée verbalement par une collègue qui menaçait de la frapper, elle a quitté son lieu de travail en état de choc à la demande de sa supérieure, a été victime d'un malaise et a chuté dans les escaliers ; ce faisant, elle s'est blessée à la cheville, au coude, à l'épaule et aux cervicales (cf. sa déclaration du 21 novembre 2012 à son assurance-accidents, la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS [Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA]).
3. Le même jour, l'assurée a été licenciée par courrier pour le 7 novembre 2012.
4. Le 2 novembre 2012, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 31 octobre 2012, qu'il a par la suite régulièrement prolongée.
5. Le 23 novembre 2012, l'employeur a avisé la Fondation de la dissolution des rapports de travail en indiquant que l'intéressée disposait d'une pleine capacité de travail.
6. Le 30 novembre 2012, la Fondation a informé l'intéressée de son droit à une prestation de libre passage de CHF 681.- en lui indiquant qu'à défaut d'instructions de paiement de sa part, elle verserait ce montant à l'institution supplétive.
7. Le 13 décembre 2012, la Fondation a confirmé à l'assurée le versement de CHF 681.-, assortis d'intérêts de CHF 1.20, sur son compte.
8. Dans un rapport du 18 janvier 2013, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que le tableau clinique évoquait un syndrome de stress post-traumatique, avec un syndrome douloureux comprenant notamment des cervicalgies et des céphalées cervicogènes. Elle a préconisé la poursuite du traitement antidépresseur à visée antalgique pour les troubles de la thymie et évoqué l'éventualité d'une prise en charge psychiatrique.
9. Dans un rapport du 1^{er} mars 2013, la Dresse D_____ a relaté que sa patiente s'était plainte davantage dernièrement de céphalées quasi quotidiennes, de cervicalgies, d'une douleur de l'épaule gauche et d'un engourdissement de tout le membre supérieur gauche. Elle présentait un tableau de syndrome de stress post-traumatique, avec un syndrome douloureux important, des céphalées, des vertiges,

des acouphènes, des troubles de la sensibilité, de la concentration et du sommeil et des épisodes de type crises de panique. Un traitement avait été mis en place pour les épisodes d'anxiété. Une prise en charge psychiatrique était indispensable.

10. La doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée dès le 1^{er} mars 2013.
11. Dans son appréciation du 22 mars 2013, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a dit avoir constaté, au plan thymique, des troubles de type dépressif évidents.
12. Le 3 juillet 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin-conseil de la SUVA, a examiné l'assurée.

Aux dires de l'intéressée, elle avait été agressée verbalement par une collègue sur son lieu de travail le 31 octobre 2012, après un mois de travail dans une situation complexe et confuse. Sa collègue serait sortie furieuse du bureau de leur responsable, avant d'agresser verbalement l'assurée et de la menacer de lui casser la figure. Le directeur avait demandé à l'assurée de quitter les lieux après lui avoir signifié son licenciement immédiat. En quittant les bureaux, elle avait fait un malaise dans les escaliers, se blessant à la cheville, au coude, à l'épaule et aux cervicales.

L'évolution restait négative, avec persistance d'un tableau algique, d'un handicap fonctionnel, de symptômes de type vertiges, hypoesthésies, et une anxiété marquée, avec troubles de la mémoire et de la concentration.

Après une anamnèse et le résumé du dossier médical, le Dr G_____ s'est fait l'écho des plaintes de l'intéressée, laquelle disait « ne pas aller mieux » et avoir été « complètement déstabilisée par les événements ». Elle évoquait tout d'abord une cohorte de symptômes physiques, un sommeil perturbé, des difficultés de concentration et d'importants trous de mémoire. Cet événement l'avait complètement changée : elle avait remis en question nombre de choses importantes, avait rompu avec son ami et s'était complètement retirée socialement. Elle se sentait toujours tendue, anxieuse et « souvent triste ».

Le status révélait une assurée collaborante, sans ralentissement du cours de la pensée, ni trouble manifeste de la mémoire ou de la concentration à l'évocation de son histoire personnelle ou des différents éléments anamnestiques. On ne relevait pas de symptomatologie d'inhibition, mais une anergie, avec une difficulté à retrouver du plaisir dans l'existence. L'anxiété était très perceptible, sous la forme d'une tension physique et psychique. Le médecin a également noté une importante réactivité neurovégétative et une colère sous-jacente contenue. Le rapport à la réalité était conservé. Ni l'histoire personnelle, ni les constatations cliniques n'évoquaient un trouble de la personnalité préexistant.

Le Dr G_____ a finalement retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) et exclu celui d'état de stress post-

traumatique au motif que si l'assurée avait effectivement vécu un choc psychologique, on ne pouvait retenir d'évènement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique. Le pronostic restait en principe favorable, mais il existait des facteurs médicaux non négligeables, avec un important contentieux, notamment sur le plan juridique, puisque l'assurée avait fait des démarches auprès des Prud'hommes. La situation était bloquée par une demande de reconnaissance. L'incapacité de travail semblait pour l'heure justifiée, au vu de la symptomatologie et de son intensité. Par contre, le médecin conseillait d'éviter à tout prix que la situation ne se chronicise et d'envisager rapidement une réintégration sociale et professionnelle, même si l'intéressée restait symptomatique, avec une reprise dans les trois mois au plus tard.

13. Dans un rapport du 28 novembre 2013, la Dresse E_____ a expliqué que l'assurée lui avait été adressée par son généraliste en mars 2013. Elle présentait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, lié à un mobbing et un harcèlement psychologique au travail. S'y était ajouté un état de stress post-traumatique, également lié au harcèlement subi au travail. Elle avait des *flashbacks*, des insomnies, des reviviscences des scènes au travail, avait développé un épisode dépressif et une anxiété, avec aboulie et anhédonie, ainsi qu'une agoraphobie, avec une peur panique de rencontrer « ces personnes qui l'avaient harcelée ». Elle avait dû entamer un traitement antidépresseur. Sa concentration devenait de plus en plus difficile et compliquait la recherche d'un emploi, malgré ses compétences. Aucun antécédent psychiatrique n'était à noter. L'assurée ne présentait pas de trouble de la personnalité histrionique. C'était le médecin généraliste qui avait délivré le premier arrêt de travail, que la Dresse E_____ avait par la suite prolongé. Le traitement psychiatrique arrivant à son terme, le généraliste continuerait le suivi.
14. Le 14 janvier 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI).
15. L'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 8 avril au 6 mai 2014.

Dans leur rapport du 12 mai suivant, les médecins ont retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour cervicobrachialgies gauches chroniques. Au nombre des comorbidités, ils ont notamment signalé un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive au décours. Une incapacité de travail totale a été retenue dans l'activité habituelle de secrétaire du 8 avril au 20 mai 2014.

Selon le consilium psychiatrique du 9 avril 2014 de la docteure H_____, spécialiste FMH en psychiatrie, l'assurée avait développé un état d'anxiété avec repli sur soi, peur de croiser ses ex-collègues, ruminations anxieuses, tension intérieure, sentiment d'abattement et d'injustice. Dans ce contexte, elle avait bénéficié d'un suivi psychiatrique auprès de la Dresse E_____ jusqu'en novembre 2013. Au status clinique, la psychiatre a noté une évolution psychiatrique

relativement positive, avec un amendement progressif de la symptomatologie, après une période initiale de ruminations intensives.

16. Dans un certificat valable à partir du 30 avril 2014, établi suite à l'incapacité de gain de l'assurée, la Fondation a mentionné un avoir de vieillesse nul et une rente annuelle d'invalidité de CHF 30'160.-.
17. Par décision sur opposition du 30 septembre 2014, la SUVA a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 31 août 2014, date au-delà de laquelle elle a considéré que les troubles dont l'assurée souffrait encore n'étaient pas en lien avec l'accident.
18. Dans un certificat valable à partir du 1^{er} janvier 2015, la Fondation a mentionné un avoir de vieillesse de CHF 13'727.35 et une rente annuelle en cas d'invalidité de CHF 30'160.-.
19. Dans un certificat valable à partir du 1^{er} janvier 2016, la Fondation a indiqué un avoir de vieillesse de CHF 22'148.95. La rente annuelle en cas d'invalidité s'élevait à CHF 30'160.-.
20. Les 26 février, 31 mars et 28 juin 2016, les docteurs I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et J_____, spécialiste FMH en psychiatrie, tous deux médecins au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ont examiné l'assurée.

Ils ont rendu leur rapport du 8 août 2016. Après avoir résumé le dossier, retracé l'anamnèse personnelle et médicale et recueilli les plaintes de l'intéressée, les examinateurs ont retenu les diagnostics de cervicobrachialgies et lombosciatalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis cervical et lombaire avec discret anté-listhésis de C4-C5, de périarthrite scapulo-humérale gauche avec probable conflit sous-acromial, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et d'agoraphobie avec trouble panique. Les limitations fonctionnelles étaient bien respectées dans les activités d'employée administrative, d'employée de commerce ou d'assistante en ressources humaines. Il n'existait pas de raison biomécanique d'attester d'un arrêt de travail dans une activité adaptée.

Au plan psychique, l'assurée avait été confrontée à des difficultés relationnelles et accusait deux de ses collègues de mobbing, ce qui justifiait l'apparition d'une symptomatologie dépressive réactionnelle.

La Dresse J_____ a estimé que l'évitement de la situation phobogène était au premier plan de la symptomatologie. L'agoraphobie avec trouble panique justifiait une incapacité de travail totale dans toute activité. En revanche, à l'examen clinique, le diagnostic d'état de stress post-traumatique était en rémission complète, selon les critères cliniques de la CIM-10 (classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement). La psychiatre a repris et discuté les différents diagnostics psychiques posés par ses confrères. Elle a noté dans ce cadre que la psychiatre de l'assurée avait relevé une aggravation de l'état de santé depuis

le 4 juin 2014, avec une incapacité de travail totale de cette date au 24 novembre 2014. L'état de l'assurée restait préoccupant et sa capacité de travail était nulle dans toute activité. Le pronostic à moyen et long termes était défavorable.

Après avoir décrit les limitations fonctionnelles, les médecins ont conclu à une totale incapacité de travail du point de vue rhumatologique du 31 octobre 2012 au 31 août 2014. Du point de vue psychique, la capacité de travail a été évaluée à 0% de mars à novembre 2013 puis à nouveau depuis le 4 juin 2014.

21. Par décision du 23 novembre 2016, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière dès le 1^{er} juillet 2014.

L'OAI a considéré qu'une première atteinte à la santé avait entraîné une totale incapacité de travail dans toute activité du 31 octobre 2012 au 31 août 2014. Une deuxième atteinte apparue en mars 2013 avait entraîné quant à elle une totale incapacité de travail de mars 2013 à novembre 2013 et à compter du 4 juin 2014. L'ouverture du droit était fixée au 1^{er} juillet 2014 en raison de la tardiveté du dépôt de la demande.

Copie de cette décision a été adressée à l'Hospice général et à la caisse de chômage de l'assurée.

22. Par courrier du 25 novembre 2016, la Fondation a rappelé que le contrat de travail avait été résilié le 31 octobre 2012. La Fondation avait ensuite « maintenu l'assurance active » jusqu'à la clôture définitive du cas par la SUVA au 31 août 2014 et avait financé les cotisations de l'assurée. Dès le 1^{er} septembre 2014, il n'existait plus d'incapacité de travail pour cause d'accident. Partant, la Fondation résiliait l'assurance avec effet au 1^{er} septembre 2014. L'invalidité actuelle était due à une autre cause, survenue après la résiliation des rapports de travail avec l'employeur. L'assurée n'avait ainsi pas droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle.
23. Par courrier du 31 décembre 2016, l'assurée a soutenu auprès de la Fondation que l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité était survenue le 31 octobre 2012, date à laquelle elle était encore affiliée auprès de la Fondation, qui, selon son règlement, était liée par la décision de l'OAI.
24. Dans un certificat valable à partir du 1^{er} janvier 2017, la Fondation a mentionné un avoir de vieillesse de CHF 30'585.20. La rente annuelle en cas d'invalidité s'élevait à CHF 30'160.-.
25. Par courriel du 4 janvier 2017 à l'OAI, transmis par ce dernier à la Cour de céans comme objet de sa compétence, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI en demandant notamment qu'il soit constaté que son état de santé était lié à des troubles physiques et psychiques ayant entraîné une incapacité de travail totale depuis le 31 octobre 2012.
26. Le 23 mars 2017, la Fondation a répondu à l'assurée que, selon la loi, le droit à une rente de la prévoyance professionnelle était subordonné à l'existence de la qualité

d'assuré lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité.

Selon la décision de l'OAI du 23 novembre 2016, l'accident du 31 octobre 2012 avait entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 31 août 2014. Les conditions du droit aux prestations d'invalidité étaient ainsi remplies et l'assurée avait en principe droit aux prestations d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2013, soit 7'845.25 CHF/an si, ajoutées aux revenus à prendre en considération, elles ne dépassaient pas 90% de la perte de gain présumée.

Afin de pouvoir établir le décompte de coordination et de déterminer le montant des rentes éventuellement dues, la Fondation invitait l'assurée à la renseigner sur les prestations perçues des assureurs sociaux entre novembre 2013 et août 2014, ainsi que d'éventuels revenus d'une activité lucrative.

L'invalidité actuelle, elle, était due à un trouble psychique ayant justifié une incapacité de travail à partir de juin 2014. Cette nouvelle atteinte n'ouvrait pas droit à des prestations de la Fondation, faute de couverture d'assurance à cette date-là. En effet, l'assurée était sortie de l'institution de prévoyance le 7 novembre 2012.

27. Par courrier du 24 mars 2017, l'assurée a soutenu que retenir une incapacité de travail pour trouble psychique dès juin 2014 relevait d'une incohérence. L'atteinte à sa santé avait entraîné une incapacité de travail totale, attestée par des certificats médicaux établis sans interruption depuis le 31 octobre 2012. Pour le reste, elle a précisé avoir perçu des indemnités journalières de la SUVA de CHF 165.30 de novembre 2013 à août 2014 et ne pas avoir eu d'activité lucrative depuis son accident.
28. Le 13 avril 2017, la Fondation a rappelé à l'assurée que la SUVA avait considéré qu'aucune invalidité ne résultait de l'accident subi le 31 octobre 2012. Les autres atteintes à la santé n'étaient pas en relation avec l'évènement. Les troubles dont l'assurée continuait à se plaindre ne s'expliquaient pas d'un point de vue organique comme étant des séquelles de l'accident. L'OAI avait fait le même constat. Les causes ayant conduit à l'invalidité qui perdurait n'avaient entraîné une incapacité de travail qu'à partir de mars 2013, soit plusieurs mois après la dissolution des rapports de prévoyance.
29. Le 27 avril 2017, l'assurée a répété à la Fondation que son état actuel était dû à un trouble psychique et physique en lien de causalité avec l'évènement du 31 octobre 2012. Ses atteintes aux cervicales, à l'épaule et la cheville gauches subsistaient, de même que ses problèmes neurologiques, l'état de stress post traumatique, l'épisode dépressif, l'anxiété et l'agoraphobie. Son incapacité de travail était donc née durant les rapports de prévoyance.

Une expertise bidisciplinaire avait révélé une incapacité de travail tant physique que psychique dans toute activité depuis le 31 octobre 2012 et des troubles psychiques en lien de causalité avec l'agression.

Elle n'avait pas contesté la décision de la SUVA en raison de sa vulnérabilité.

Elle requérait le versement de la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle dès novembre 2013.

30. Par courrier du 11 mai 2017, la Fondation a confirmé sa position. Il ressortait clairement du dossier de l'OAI et de la SUVA qu'aucune incapacité de travail imputable à l'évènement du 31 octobre 2012 ne subsistait plus en août 2014. L'incapacité de gain postérieure était sans rapport et était survenue à un moment où l'intéressée n'était plus assurée pour la prévoyance professionnelle.
31. Par courrier du 24 mai 2017 à la Fondation, l'assurée a réitéré sa demande de prestations : en mars 2013, une nouvelle incapacité de travail d'origine maladeive était survenue, qui s'était superposée à celle découlant de l'accident. La Fondation avait maintenu l'assurance active jusqu'au 31 août 2014 et l'assurée avait d'ailleurs reçu chaque année un certificat d'assurance. Elle n'était donc pas sortie du cercle des assurés lors de la survenance de son invalidité, le 4 juin 2014.
32. Par courrier du 1^{er} juin 2017, la Fondation a indiqué à l'assurée qu'elle couvrirait l'incapacité de travail due à l'accident du 31 octobre 2012 du 1^{er} novembre 2013 au 31 août 2014. Le décompte de coordination établi selon les informations de l'assurée révélait que la Fondation lui devait un montant de CHF 6'300.- pour la période du 1^{er} novembre 2013 au 31 août 2014, qu'elle lui verserait pour solde de tout compte.
33. Le 6 juin 2017, la Fondation a ajouté que les rapports de prévoyance avaient été réactivés « en tant qu'assurance passive » à l'écoulement du délai d'attente pour la libération des cotisations, soit à partir du 30 avril 2013, uniquement afin de couvrir les conséquences de l'accident du 31 octobre 2012. Le versement de prestations pour une incapacité de gain causée par un trouble de santé bien déterminé ne fondait pour autant pas une extension de la couverture d'assurance à toute nouvelle incapacité de travail sans connexité matérielle avec la première cause. La prolongation de la couverture de prévoyance jusqu'au 31 août 2014 était limitée à l'incapacité de travail due à l'accident du 31 octobre 2012.
34. Le 7 juin 2017, l'assurée a souligné que la loi ne distinguait pas entre invalidité d'origine accidentelle ou maladeive s'agissant du droit aux prestations de prévoyance.
35. Le 21 juin 2017, la Fondation lui a rétorqué que son refus de prester ne reposait pas sur une distinction entre accident et maladie, mais sur le fait que la maladie à l'origine de l'invalidité n'avait pas provoqué d'incapacité de travail pendant la durée des « rapports de prévoyance actifs ».
36. Le 27 juin 2017, l'assurée a réaffirmé la position selon laquelle elle était bel et bien affiliée au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité, eu égard au maintien de l'assurance jusqu'au 31 août 2014, date jusqu'à laquelle la Fondation avait pris en charge les cotisations d'assurance.

37. Par arrêt du 28 septembre 2017 (ATAS/887/2017), la Cour de céans a déclaré irrecevable le recours de l'assurée contre la décision de l'OAI, faute d'intérêt pour recourir.

38. Le 14 novembre 2017, l'assurée a saisi la Cour de céans d'une demande en paiement à l'encontre de la Fondation dont elle conclut qu'elle soit condamnée à lui verser les prestations d'invalidité dues, à tout le moins la somme mensuelle de CHF 2'513.35 dès le 1^{er} août 2015, plus intérêts moratoires à 5% l'an dès cette date.

En substance, elle fait valoir que son accident a entraîné une incapacité de travail à laquelle une autre, d'origine psychique s'est superposée, de mars 2013 à novembre 2013, pour resurgir dès le 4 juin 2014. L'origine de la maladie psychique apparue en mars 2013 résulte du cadre professionnel.

L'OAI a distingué deux incapacités de travail ouvrant des droits aux prestations distincts et lui a reconnu le droit à une rente, dont il a fixé le début au 1^{er} juillet 2014, soit six mois après le dépôt de la demande. Le rapport des examinateurs du SMR doit se voir reconnaître pleine valeur probante. La décision de l'OAI, qui n'est pas manifestement insoutenable, a été notifiée à la défenderesse, qui a renoncé à s'y opposer ; elle lie donc la défenderesse dont le règlement définit la notion d'invalidité de manière identique à l'assurance-invalidité.

La demanderesse rappelle que la défenderesse l'a libérée du paiement des primes à compter d'avril 2013. Elle a maintenu le rapport de prévoyance actif à tout le moins jusqu'au 31 août 2014. Le règlement de la défenderesse ne distingue du reste pas entre assurance passive et active. Rien ne permet d'affirmer que ce maintien ne concerne que les conséquences de l'accident du 31 octobre 2012. La demanderesse en tire la conclusion qu'elle était donc assurée au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité puisque l'assurance était encore active en mars 2013.

La demanderesse réclame dès lors le versement des prestations d'invalidité prévues, soit 30'160.- CHF/an.

39. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 11 décembre 2017, a conclu, sous suite de dépens, au rejet de la demande.

Elle allègue notamment que ni la chute, ni la date de sa survenance ne sont établies.

Elle soutient que la SUVA n'a pas reconnu d'incapacité de travail mais s'est bornée à verser des prestations jusqu'à ce qu'il ne subsiste aucune lésion organique orthopédique limitant la capacité fonctionnelle de la demanderesse.

Elle conteste également une quelconque incapacité de travail de la demanderesse suite à l'accident dont elle aurait été victime le 31 octobre 2012, le certificat médical établi à cette date ne faisant état d'aucune chute. La défenderesse revient sur les différents certificats et en tire la conclusion que l'on y trouve de nombreuses fausses déclarations dans les différentes anamnèses retracées par les médecins, lesquels ont du reste noté des incohérences entre les plaintes de la demanderesse et

leurs constats objectifs. Selon la défenderesse, les diagnostics retenus se fondent sur les faits tels qu'ils ont été rapportés par la demanderesse, en grande partie contraires à la réalité. Dans ces circonstances, il lui paraît justifié de douter de l'existence d'une incapacité de gain après le 31 octobre 2012.

La défenderesse argue qu'il est incohérent d'admettre, comme le fait la demanderesse, que l'incapacité de gain survenue en mars 2013 est due à une affection psychique tout en affirmant que ces troubles sont consécutifs à l'accident du 31 octobre 2012. La défenderesse conteste l'existence d'un rapport entre ces causes, d'autant que, d'après l'arrêt de la Chambre des Prud'hommes de la Cour de justice du 25 mars 2015, les circonstances de la résiliation du contrat de travail n'ont pas été tragiques au point de provoquer un trouble psychique.

Elle répète qu'en mars 2013, la demanderesse ne jouissait d'aucune couverture de prévoyance. L'assurance obligatoire, soit la couverture d'assurance active, a cessé à la date de la dissolution des rapports de travail. Une prolongation de la couverture d'assurance est prévue uniquement pendant un mois dès la fin des rapports de travail pour les risques de décès et d'invalidité. Le fait de percevoir des prestations de l'institution de prévoyance (assurance passive) n'a pas pour effet de prolonger la couverture au-delà d'un mois. En outre, la procédure prud'homale a paralysé la liquidation du cas par la défenderesse. Selon elle, la question essentielle pour déterminer la fin des rapports de prévoyance est de savoir à quelle date les rapports de travail ont été résiliés. En l'occurrence, la demanderesse ne lui a donc plus été affiliée activement depuis le 7 décembre 2012 ; elle a simplement bénéficié de rentes jusqu'au 31 août 2014. Dès lors, l'incapacité de travail survenue en mars 2013, due à une cause différente, ne pouvait plus engager la responsabilité de la défenderesse. Le règlement ne prévoit pas de prolongation de la couverture d'assurance pour une invalidité due à une cause différente que celle à l'origine de l'incapacité de travail survenue pendant la durée des rapports de prévoyance. Quant à l'envoi des certificats de prévoyance, il ne lui a conféré aucun droit.

40. La demanderesse, dans sa réplique du 27 février 2018, a persisté dans ses conclusions.

Elle assure qu'une altercation a bien eu lieu le 31 octobre 2012 et se réfère à cet égard à l'arrêt de la Chambre des Prud'hommes. Selon elle, il est établi que les circonstances de la fin des relations de travail ont provoqué une réaction anxio-dépressive responsable d'une incapacité de travail du 31 octobre 2012 au mois de novembre 2013, puis dès le 4 juin 2014. La Chambre des Prud'hommes de la Cour de justice a bien retenu une altercation entre elle et l'une de ses collègues de travail, qui l'a insultée, ce qui l'a légitimement ébranlée.

La demanderesse conteste avoir admis que son actuelle invalidité est due à une seconde atteinte à la santé. L'atteinte psychique tire son origine des mêmes faits que ceux à l'origine de la chute ayant entraîné les blessures physiques, comme le

démontre notamment le rapport du Dr G_____, et rappelle avoir été en état de choc. D'ailleurs, en janvier 2013, elle prenait déjà un antidépresseur.

La demanderesse maintient avoir été affiliée jusqu'au 31 août 2014 ou à tout le moins jusqu'au 2 décembre 2013. Dès lors, même si l'on retient mars 2013 comme début de l'incapacité de travail d'origine psychique, elle était alors encore sous couverture auprès de la défenderesse.

41. Dans sa duplique du 21 mars 2018, la défenderesse a persisté dans ses conclusions.

Elle revient sur la chute alléguée par l'assurée, sur sa gravité et conteste les déclarations de la demanderesse sur son état de choc. Elle argue que l'administration de Seropram® ne prouve nullement l'existence d'une incapacité de travail due à des troubles psychiques en décembre 2012 déjà et en veut pour preuve qu'aucun des rapports médicaux cités par la demanderesse ne fait état d'une incapacité de travail survenue avant mars 2013 en raison d'un trouble psychique. L'éventuelle incapacité de travail consécutive à l'accident du 31 octobre 2012 a cessé le 31 août 2014. Les rapports de prévoyance active ont été résiliés au 7 novembre 2012 et les prestations d'invalidité versées ensuite par la demanderesse relevaient de l'assurance passive.

Quant à la décision de l'OAI, elle n'a aucune force contraignante lorsque, comme en l'espèce, la demande de prestations est tardive.

Enfin, la disposition réglementaire invoquée par la demanderesse n'a pas pour but de prolonger une couverture sans limite dans le temps. Selon une interprétation conforme au principe de la confiance, la prolongation de la couverture réglementaire pour l'invalidité intervenant dans les 360 jours suivant la dissolution des rapports de prévoyance vaut uniquement lorsque l'invalidité est due à la même cause que l'incapacité de travail survenue au plus tard le jour même de la fin des rapports de prévoyance. À défaut, la mention de l'existence d'une incapacité de travail à ce moment comme condition pour jouir des prestations réglementaires ne ferait pas de sens.

42. Par arrêt du 5 mars 2018 (9C_758/2017), le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par l'assurée à l'encontre de l'arrêt de la Cour de céans du 28 septembre 2017 et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire pour déterminer si le moyen tiré des prétentions de la demanderesse en matière de prévoyance professionnelle lui conférait un intérêt digne de protection à recourir contre la décision du 23 novembre 2016 et nouvelle décision.
43. Le 23 mars 2018, la demanderesse, se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral du 5 mars 2018, a demandé la jonction des causes ou la suspension de l'une dans l'attente du droit jugé dans l'autre.
44. Ce à quoi la Cour de céans lui a répondu, le 27 mars 2018, que les causes seraient instruites conjointement, sans jonction formelle, les conditions d'une telle jonction n'étant pas réunies.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO - RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP - RS 831.40]; art. 142 du Code civil [CC - RS 210]).

Selon l'art. 73 al. 3 LPP, le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé.

En l'espèce, le lieu de travail de la demanderesse était à Genève, si bien que la compétence de la chambre de céans est donnée tant à raison du lieu que de la matière.

2. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (Raymond SPIRA, *Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale*, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984).

La demande respecte en outre la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - RSG E 5 10).

Partant, elle est recevable.

3. Le litige porte sur le droit de la demanderesse à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle au-delà du 31 août 2014.
4. L'art. 10 LPP dispose que l'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail; pour les bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance-chômage, elle commence le jour où ils perçoivent pour la première fois une indemnité de chômage (al. 1). L'obligation d'être assuré cesse, sous réserve de l'art. 8 al. 3, à l'âge ordinaire de la retraite (art. 13) (let. a); en cas de dissolution des rapports de travail (let. b) ; lorsque le salaire minimum n'est plus atteint (let. c); lorsque le droit aux indemnités journalières de l'assurance-chômage s'éteint (let. d) (al. 2). Durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité (al. 3). Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente (al. 4)

Lorsque l'affiliation à l'assurance a cessé en raison de la dissolution des rapports de travail, il importe peu que l'employeur continue de verser le salaire, car cela n'a pas pour effet de prolonger les rapports de travail (Jürg BRECHBÜHL *in* Jacques-

André SCHNEIDER / Thomas GEISER / Thomas GÄCHTER [édit.],
Commentaire LPP et LFLP, n. 12 ad 10 LPP ; arrêt du Tribunal fédéral des
assurances B 90/06 du 25 mai 2007 consid. 4.2).

5. Selon l'art. 23 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'art. 24 al. 1 let. a LPP dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison 70% au moins au sens de l'AI.

Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a, ATF 118 V 45 consid. 5).

6. Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI - RS 831.20) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Ainsi, si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable. Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée d'une manière sensible (ATF 123 V 269 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 49/05 du 23 janvier 2007 consid. 4.2). En matière de prévoyance plus étendue, il est cependant loisible aux institutions de prévoyance, en vertu de l'autonomie que leur confère l'art. 49 al. 2 LPP, d'adopter dans leurs statuts ou règlements une notion de l'invalidité différente que dans l'assurance-invalidité. C'est ainsi qu'elles peuvent accorder des prestations à des conditions moins strictes que dans l'assurance-invalidité (ATF 120 V 106 consid. 2d). Si l'institution de prévoyance adopte une définition de l'invalidité qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles, sans être liée par l'estimation de cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_54/2007 du 9 octobre 2008 consid. 3.1).

7. L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur

dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49 al. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1]). Lorsqu'elle n'est pas intégrée à la procédure, la fondation de prévoyance - qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI - n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 110/05 du 31 janvier 2007 consid. 6.2).

Par ailleurs, lorsque l'annonce pour obtenir des prestations de l'assurance-invalidité a été faite tardivement, il n'y a aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà de la période précédant le dépôt de la demande. Ainsi, pour ce qui est de la période antérieure, les constatations et autres appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont *a priori* aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2012 du 18 février 2013 consid. 6.1 et les références; Hans-Ulrich STAUFFER, *Berufliche Vorsorge*, 2^{ème} éd. 2012, p. 316 n. 874).

8. Pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance et qui a entraîné une incapacité de travail.

La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler. L'institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. Une brève période de rémission ne suffit pas pour interrompre le rapport de connexité temporelle. On ne saurait considérer qu'une interruption de trente jours consécutifs suffit déjà pour fonder la responsabilité de la nouvelle institution de prévoyance, du moins lorsqu'il est à prévoir que la diminution ou la disparition des symptômes de la maladie sera de courte durée (ATF 123 V 262 consid. 1c ; ATF 120 V 112 consid. 2c/aa).

En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, on peut s'inspirer de la règle de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) comme principe directeur (*Richtschnur*). Conformément à cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une

pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_503/2013 du 25 février 2014 consid. 3.2).

9. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail est d'une importance primordiale pour déterminer quelle institution de prévoyance est compétente. En prévoyance professionnelle, on ne peut renoncer à une preuve suffisamment claire en ce qui concerne sa survenance (Marc HÜRZELER, *in* Commentaire LPP et LFLP, n. 9 ad art. 23 LPP). Compte tenu de la définition de l'incapacité de travail, il est avant tout déterminant de savoir si une atteinte à la santé a eu des répercussions sur les rapports de travail. Du point de vue du droit du travail, cela implique une baisse des performances ayant fait l'objet d'un constat de l'employeur, voire d'un avertissement, ou en raison d'absences pour raisons de santé dans une fréquence qui excède la mesure usuelle. En d'autres termes, l'employeur doit avoir observé une diminution de rendement. Une incapacité de travail médico-théorique établie de manière rétroactive après plusieurs années ne suffit pas (RSAS 2003 p. 434 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 69/06 du 22 novembre 2006 consid. 2.2 et B 86/01 du 28 juillet 2003 consid. 5.3).

La preuve claire de la survenance de l'incapacité de travail ne peut être remplacée par des suppositions spéculatives ou des réflexions, mais doit être démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante usuel en assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 35/00 du 22 février 2002 consid. 1b). Peu importe le moment où un phénomène pathologique a commencé à se développer. Ce qui est décisif, c'est le moment où ce phénomène a atteint une gravité fondant une incapacité de travail significative et durable. Si l'assuré ne parvient pas à établir que l'incapacité significative de travail existait déjà pendant le rapport de prévoyance, il supporte le défaut de la preuve (RSAS 2004 p. 443). Une réduction du temps de travail pour des raisons de santé est un indice d'une incapacité de travail déterminante en matière de prévoyance professionnelle, mais ne suffit en règle générale pas à démontrer une baisse fonctionnelle de rendement. Il faut généralement qu'une attestation médicale confirme que la réduction du temps de travail est motivée par des problèmes de santé, entre autres parce que la poursuite de l'activité professionnelle risque d'aggraver l'état de santé. On peut renoncer à une telle exigence seulement lorsqu'il est fondé d'admettre en raison d'autres circonstances - telles que des absences pour maladie avant la baisse du taux d'activité - que cette démarche est objectivement dictée par des raisons de santé et qu'il y a ainsi lieu d'admettre une baisse de rendement au travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_394/2012 du 18 juillet 2012 consid. 3.1.2 et les références).

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

10. Aux termes de l'art. 5 du règlement de l'œuvre de prévoyance de l'entreprise B_____ AG dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (ci-après le règlement), il y a invalidité lorsque l'assuré est invalide au sens de l'assurance-invalidité ou lorsqu'il est médicalement établi, sur la base de signes objectifs, qu'il n'est totalement ou partiellement plus en mesure d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative conforme à sa position sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes (ch. 1). Si la personne assurée présente une invalidité partielle, le montant des prestations d'invalidité est déterminé en fonction du degré d'invalidité. Une invalidité partielle de moins de 25% ne donne pas droit aux prestations ; une invalidité partielle d'au moins 25%, mais de moins de 60%, donne droit à un certain pourcentage des prestations fixées pour une invalidité totale, en fonction du degré d'invalidité ; une invalidité d'au moins 60% mais ne dépassant pas 70% donne droit à 75% des prestations fixées pour une invalidité totale ; une invalidité supérieure ou égale à 70% donne droit aux prestations fixées pour une invalidité totale. Si, en cas d'invalidité, des prestations sont dues conformément à la LPP, le degré d'invalidité correspond au moins à celui que reconnaît l'assurance-invalidité (ch. 2). Si l'invalidité a été causée ou aggravée intentionnellement, seules les prestations minimales prescrites par la LPP sont accordées ; elles seront toutefois réduites dans la mesure où l'assurance-invalidité réduit ou refuse les siennes. Ces dispositions s'appliquent également si l'invalidité est imputable à la participation active de la personne assurée à une guerre, à des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre ou à des troubles, sans que la Suisse soit elle-même en guerre ou engagée dans des hostilités de cette nature (ch. 3).

En vertu de l'art. 9 ch. 1, lorsque le sinistre relève de l'assurance-accidents, la rente d'invalidité est assurée conformément aux prestations minimales prévues par la LPP.

Conformément à l'art. 26 du règlement, les prestations de survivants et d'invalidité assurées au moment de la dissolution des rapports de prévoyance sont maintenues sans changement jusqu'au moment où l'assuré est engagé par un nouvel employeur, mais au plus pendant un mois (ch. 1). Si l'assuré ne disposait pas de sa pleine

capacité de travail au moment de la dissolution des rapports de prévoyance ou à l'expiration de la prolongation de la couverture d'assurance et que dans les 360 jours qui suivent, il est reconnu invalide au sens de l'art. 5, les prestations réglementaires d'invalidité sont exigibles. Si, dans les 90 jours subséquents, l'invalidité s'aggrave pour la même cause, les prestations réglementaires sont également accordées au titre de l'augmentation du degré d'invalidité. Si l'assuré était invalide au moment de la dissolution des rapports de prévoyance ou à l'expiration de la prolongation de la couverture d'assurance et que dans les 90 jours qui suivent, l'invalidité s'aggrave pour la même cause, les prestations réglementaires sont également accordées au titre de l'augmentation du degré d'invalidité. Dans les cas où l'invalidité survient ou s'aggrave après ces délais, un éventuel droit aux prestations d'invalidité ou à l'augmentation de celles-ci se détermine exclusivement d'après les dispositions de la LPP. Sont versées au plus les prestations minimales selon la LPP (ch. 2). Si des prestations de survivants ou d'invalidité doivent être versées après l'exécution des obligations correspondant à la créance de libre passage, la prestation de libre passage doit être restituée dans la mesure où elle est nécessaire pour servir les prestations en cours ou pour financer l'assurance de prestations futures. Faute de restitution, les prestations de survivants et d'invalidité sont réduites (ch. 3).

L'art. 21 du règlement prévoit que l'obligation de cotiser prend effet au moment de l'admission dans l'œuvre de prévoyance; elle dure jusqu'au décès de l'assuré, mais au plus tard jusqu'à l'âge ordinaire de la retraite ou jusqu'au moment où il sort de l'œuvre de prévoyance par suite de dissolution prématurée des rapports de travail. L'al. 4 est réservé (ch. 2). Les cotisations de l'assuré invalide cessent d'être dues dès l'expiration d'un délai d'attente de 6 mois, au plus tard cependant dès l'exigibilité de la rente de l'assurance-invalidité, et ce en fonction du degré d'invalidité (ch. 4).

C'est ici le lieu de rappeler que le règlement de prévoyance doit être interprété selon les règles générales sur l'interprétation des contrats. Il y a lieu de rechercher, tout d'abord, la réelle et commune intention des parties, ce qui, en matière de prévoyance professionnelle, vaut avant tout pour les conventions contractuelles particulières (ATF 129 V 145 consid. 3.1). Lorsque cette intention ne peut être établie, il faut tenter de découvrir la volonté présumée des parties en interprétant leurs déclarations selon le sens que le destinataire de celles-ci pouvait et devait raisonnablement leur donner selon les règles de la bonne foi (principe de la confiance). L'interprétation en application de ce principe, dite objective ou normative, consiste à établir le sens que, d'après les règles de la bonne foi, chacune des parties pouvait et devait raisonnablement prêter aux déclarations de volonté de l'autre. Pour ce faire, il convient de partir du texte du contrat (ou du règlement) avant de l'examiner dans son contexte ; dans ce dernier cas, toutes les circonstances ayant précédé ou accompagné sa conclusion doivent être prises en considération (ATF 132 V 286 consid. 3.2.1 et les références). Il y a lieu également de tenir

compte du mode d'interprétation spécifique aux conditions générales, notamment la règle de la clause peu claire et la règle dite de l'inhabituel ou de l'insolite (ATF 131 V 27 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 103/04 du 2 novembre 2005 consid. 2.1).

11. En l'espèce, la défenderesse n'est pas formellement liée par la décision de l'OAI, dès lors qu'elle ne lui a pas été notifiée si l'on se réfère à la liste des destinataires.

Cela étant, force est de constater que l'expertise des Drs I_____ et J_____ qui fonde la décision de l'OAI - doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, car elle remplit tous les réquisits jurisprudentiels. En effet, s'agissant de rapports médicaux, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1). La demanderesse ne produit d'ailleurs aucune pièce de nature à susciter des doutes sur les conclusions des médecins du SMR, dont elle a du reste admis le caractère probant dans son écriture du 14 novembre 2017.

Partant, la Chambre de céans ne s'écartera pas des constatations de ces médecins, aux termes desquelles l'atteinte somatique n'a plus déployé d'effets dès le 1^{er} septembre 2014, date à compter de laquelle seuls les troubles d'origine psychique ont limité la capacité de travail de la demanderesse.

Ainsi, le droit aux prestations dès le 1^{er} septembre 2014 est subordonné en premier lieu à la survenance d'une incapacité de travail pour motifs psychiques durant les rapports de prévoyance.

C'est ici le lieu de rappeler que le critère déterminant pour la fin des rapports de prévoyance au sens de l'art. 10 LPP est la fin juridique des rapports de travail conformément aux critères de droit civil (ATF 120 V 15 consid. 2a). En l'espèce, la demanderesse a vu son contrat de travail résilié pour le 7 novembre 2012, et la juridiction prud'homale a confirmé la légalité du licenciement (arrêt de la Chambre des prud'hommes CAPH/52/2015). Partant, les rapports de prévoyance ont pris fin le 6 décembre 2012, conformément à l'art. 10 al. 3 LPP. Certes, une résiliation du contrat de travail en temps inopportun au sens de l'art. 336c CO a pour effet une suspension du délai de congé, ce qui conduit à une prolongation des rapports de prévoyance lorsque la résiliation du contrat de travail a été signifiée avant le délai de suspension (Isabelle VETTER-SCHREIBER, Kommentar zur beruflichen Vorsorge 3^{ème} éd. 2013, n. 14 ad art. 10). Cela étant, la suspension des délais de congé ne s'applique pas en l'espèce, dès lors que la protection conférée par

l'art. 336c CO est exclue durant le temps d'essai (Jürg BRÜHWILER, Einzelarbeitsvertrag, 3^{ème} éd. 2014, n° 1 ad art. 336c CO).

Or, aucun médecin n'atteste d'une incapacité de travail pour des motifs psychologiques durant cette période. La première mention d'une atteinte thymique ressort du rapport de la Dresse D_____ du 18 janvier 2013, cette spécialiste se bornant en outre à évoquer l'utilité d'une prise en charge psychiatrique - ce qui serait en toute hypothèse insuffisant pour admettre que cette atteinte entraînait alors une incapacité de travail. Partant, la survenance d'une incapacité de travail pour des motifs psychiques durant les rapports de prévoyance n'est pas démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante. Les seules allégations de la demanderesse - qui semblent du reste contradictoires, dès lors qu'elle se rallie par ailleurs aux conclusions des Drs I_____ et J_____, comme on l'a vu - quant à la concomitance des troubles physiques et psychiques ne constituent pas un moyen de preuve, pas plus que le fait que la Chambre des Prud'hommes ait retenu que l'algarade avec sa collègue l'avait ébranlée.

Par surabondance, même s'il fallait admettre, en dépit de l'absence de diagnostic ou d'arrêt de travail correspondants, que des troubles psychiques ont entravé la demanderesse dans l'exercice d'une activité lucrative dès la date de l'accident, on ne saurait faire abstraction de la rémission de ces troubles de novembre 2013 à juin 2014, que révèlent notamment la fin de la prise en charge spécialisée auprès de la Dresse E_____ et les constatations de la Dresse H_____, qui a noté que le trouble de l'adaptation était au décours en avril 2014. En toute hypothèse, un tel laps de temps, supérieur à six mois, suffirait à interrompre la connexité temporelle eu égard à la ligne directrice de trois mois suggérée par le Tribunal fédéral par analogie avec les dispositions du RAI.

12. L'invocation par la demanderesse de l'art. 26 du règlement ne lui est d'aucun secours.

En premier lieu, on relèvera que le chiffre premier de cette disposition ne fait que reprendre les termes de l'art. 10 al. 3 LPP et ne déroge ainsi pas au terme légal des rapports de prévoyance. S'agissant du chiffre deuxième, il ne saurait être compris comme une extension de la responsabilité de la défenderesse nonobstant l'absence de connexité matérielle entre l'incapacité de travail qui frappait l'assuré au moment de la fin de la couverture de prévoyance et l'invalidité subséquente. Certes, l'exigence d'une connexité matérielle n'est pas explicite s'agissant des cas d'invalidité survenus dans les 360 jours suivant la fin des rapports de prévoyance. Cependant, comme le souligne à juste titre la défenderesse, la mention d'une incapacité de travail lors de la fin des rapports de prévoyance serait inutile si cette disposition visait à prendre en charge toute invalidité, même sans lien matériel avec dite incapacité. On retrouve de plus cette condition de connexité matérielle expressément mentionnée s'agissant des cas d'aggravation de l'invalidité, puisqu'ils ne donnent droit aux prestations réglementaires que s'ils sont imputables à la même cause. En outre, compte tenu des précisions amenées *in fine*, l'art. 26

ch. 2 du règlement ne peut être compris autrement que comme limitant le droit aux prestations de la prévoyance étendue aux seuls cas d'invalidité survenue ou aggravée dans les délais qui y sont prévus. Ainsi, l'argumentation de la demanderesse ne résiste pas à une interprétation littérale du règlement. Par ailleurs, il n'existe aucun indice concret que la défenderesse ait voulu étendre sa responsabilité de manière aussi large à tous les cas d'invalidité survenus dans un certain laps de temps après la dissolution des rapports de prévoyance. Une telle solution serait du reste contraire à la loi, puisqu'elle dérogerait au régime de responsabilité ancré à l'art. 23 LPP. Son application soulèverait ainsi bon nombre de problèmes dans les cas où un assuré, après la fin des rapports de prévoyance avec la défenderesse, a été affilié auprès d'une autre institution de prévoyance alors qu'est survenue l'incapacité de travail ayant conduit à son invalidité.

La demanderesse allègue encore que les rapports de prévoyance ont perduré au-delà du 6 décembre 2012, comme le prouverait l'établissement de certificats de prévoyance. Or, la remise de certificats ne fonde pas de droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle, étant rappelé que les renseignements figurant dans un certificat n'ont qu'un rôle informatif et ne sauraient en principe préjuger du droit futur de la personne assurée aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 9C_224/2010 du 1^{er} septembre 2010 consid. 3.1). Pour le surplus, on peut certes regretter les formulations pour le moins ambiguës de la défenderesse dans ses courriers du 25 novembre 2016 et du 6 juin 2017 au sujet de l'assurance « active » et « passive ». L'exonération des cotisations à laquelle la défenderesse dit avoir procédé dès le 1^{er} mai 2014 ne paraît en outre pas conforme au règlement, qui prévoit la fin de l'obligation de cotiser simultanément à la sortie de l'assuré. Elle semble du reste résulter d'une erreur d'appréciation, puisque la défenderesse a soutenu qu'elle devait attendre les résultats de la procédure opposant la demanderesse à son employeur pour clore le cas. La libération des primes ne suffit toutefois pas à conclure à la prolongation des rapports de prévoyance. La demanderesse allègue sur ce point que la défenderesse ne saurait revenir sur la prolongation de son affiliation sans violer le principe de la bonne foi. Il est vrai qu'en application de ce principe, ancré à l'art. 9 de la Constitution (Cst – RS 101), un renseignement erroné de l'institution de prévoyance peut fonder des effets juridiques et l'obliger, aux cinq conditions suivantes : l'institution est intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, elle a agi dans les limites de ses compétences ou l'assuré était fondé à penser que tel était le cas, l'assuré n'a pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, il a pris des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice en se fondant sur ces assurances et la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (VETTER-SCHREIBER, *op. cit.*, n. 2 ad art. 73 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_419/2011 du 17 septembre 2012). Ces conditions ne sont toutefois pas remplies en l'espèce. En effet, contrairement à ce que la demanderesse allègue, la défenderesse n'a jamais garanti une prolongation de la couverture de prévoyance. De plus, celle-ci n'affirme

pas avoir pris de mesures particulières en raison de ses attentes présumées à l'encontre de la défenderesse.

Partant, compte tenu de l'absence de couverture au moment de la survenance de l'incapacité de travail pour motifs psychiques qui est à l'origine de l'invalidité actuelle, la demanderesse n'a pas droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

13. Compte tenu des éléments qui précèdent, la demande est rejetée.

La défenderesse conclut à l'octroi de dépens. Cependant, de jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 143 consid. 4b).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le